45e Année. — N° 17. Vendredi 29 Avril 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Note sur un cas de grand kyste sus-épididymaire contenu dans la tunique vaginale. Extirpation. Guérison, par le Dr A. Demoulin, 257. — Hypertrophie exceptionnellement volumineuse de l'amygdale linguale, par le Dr Chauveau, 258. — **Bibliographie** : Traité de Chirurgie clinique et opératoire, 259. — **Revue de la presse** : sur l'état actuel du diagnostic bactériologique de la diphtérie, par C. Frænkel, 260. — **Académie des sciences** : *Séance du 18 avril.* Présidence de M. Wolf. — Le sucre et la graisse au point de vue de leur valeur nutritive respective, chez le sujet constamment tenu au repos. Cette valeur est la même que chez le sujet qui travaille, 261. — Sur les fonctions de l'hypophyse cérébrale, 261. — Production de godets faviques par l'inoculation à l'homme et à la souris d'un Tricophyton pyogène, 262. — Les parasites du cancer et du sarcome (coloration, structure, cycles de reproduction, dimorphisme évolutif, 262. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 avril* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — La lèpre en Algérie, 263. — Eaux minérales, 263. — Vacances, 263. — Sérums et extraits organiques, 263. — Utilité de l'examen des enfants des nourrices pour la prophylaxie des maladies contagieuses, 263. — Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus, 264. — Traitement médical de l'épilepsie, 264. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 22 avril* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Des alcalins dans le traitement des dyspepsies, 264. — Valeur séméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques, 265. — De la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite au cours de la tuberculose pulmonaire, 265. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 23 avril* 1898. Présidence de M. Aug. Voisin. — Mort de M. Martin Durr, 265. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 18 mars* 1898. — Erythrodermie prémycosique, 268. — Onychogriphose hypertrophique, 268. — Traitement du lupus par le calomel, 268. — Syphilides végétantes hypertrophiques de la face, 268. — Polyarthrite blennorrhagique de la main, radiographie, 268. — Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis, 268. — Tuberculides aigues, 268. — Amputations congénitales avec absence de plusieurs os du pied. Syndactylie chez un enfant né d'un père syphilitique, 268. — **Société médicale du Louvre**, (Ier et IIe Arrondissements). *Séance du 15 mars* 1898. Présidence de M. Moutier, 268. — **Société de chirurgie** : *Séance du 27 avril* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Psychoses post-opératoires, 269. — Gastrostomie par le procédé valvulaire de Fontan, 270. — Luxation de la hanche. Radiographies, 270. — **Memento pratique** : Traitement de la syphilis, 271. — **Nouvelles**, 271. — **Bulletin bibliographique**, 272.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur un cas de grand kyste sus-épididymaire contenu dans la tunique vaginale. Extirpation. Guérison.

Par A. Demoulin,
Chirurgien des hôpitaux.

J'ai eu la bonne fortune d'observer, dans le service de M. le prof. Duplay, alors que j'étais son chef de clinique, un cas de *grand kyste sus-épididymaire* que je crois intéressant de rapporter.

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, B... (Ch.), qui entra salle Saint-Landry, lit n° 34, le 20 avril 1894, pour une grosseur surajoutée au testicule gauche (je me sers des expressions de B...)

Le malade dit que c'est à l'âge de 10 ans qu'il s'est aperçu que son testicule gauche n'était pas semblable au droit, qu'à cette époque, il y constata une grosseur du volume d'un petit pois, dont le développement s'accentua à mesure que le testicule grandissait.

Jamais il n'y a eu de douleurs, de gêne dans les bourses, pas même pendant l'évolution d'une blennorrhagie que le malade a contractée à 18 ans et qui a duré trois mois. Il vient à l'hôpital parce qu'il se demande s'il est simplement porteur d'un troisième testicule, plus petit que les deux autres, ou bien s'il ne s'agit pas là d'une tumeur qu'il faut enlever.

A l'examen du malade, la vue ne révèle rien d'anormal du côté des bourses. La palpation permet de reconnaître à gauche le testicule, la tête de l'épididyme, la queue de ce conduit et de dire que ces parties sont saines, mais entre la tête et la queue de l'épididyme, sur le corps même de l'organe, un peu plus près toutefois de la tête, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une petite noix. Cette tumeur, absolument indolente à la pression, est tendue, rénittente. Les enveloppes des bourses glissent facilement sur elle ; quand on cherche à la séparer de l'épididyme, en la soulevant par en haut, tandis qu'on maintient le testicule par en bas, on n'y parvient pas ; cependant, la petite masse se laisse déplacer assez facilement, quoique faiblement, sur l'épididyme, soit dans le sens transversal, soit dans le sens antéro-postérieur. L'éclairage, pratiqué comme pour l'hydrocèle, permet de constater la translucidité de la tumeur. Il s'agit donc bien d'un kyste.

Je proposai au malade l'extirpation, qui fut acceptée, et je la pratiquai le 29 avril sous le chloroforme. Après avoir fait, sur la face antéro-externe des bourses, une incision verticale, longue de 5 à 6 centimètres, dont la partie moyenne correspondait à la tumeur, j'incisai la tunique fibreuse commune et le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Je vis alors, nettement, le kyste sus-épididymaire diagnostiqué, implanté sur la face supérieure de l'épididyme, près de son bord externe. Il était recouvert par un mince feuillet qui n'était autre que la séreuse viscérale, je l'incisai avec précaution et je vis que le kyste, qui s'en détacha facilement, naissait bien de l'épididyme, par un mince pédicule, long de 2 à 3 millimètres et des dimensions d'une aiguille de la seringue de Pravaz. Je jetai un fil de catgut, mince et souple, sur ce pédicule et je cherchai à le couper avec des ciseaux, au-dessus de la ligature. En

agissant ainsi, je crevai le kyste, il s'en écoula une petite quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, que je ne pus malheureusement pas recueillir. La surface interne de la poche présentait un aspect lisse.

Je saturai la vaginale et la fibreuse commune avec du catgut fin, et les bourses avec du crin de Florence. Réunion *per primam*, sans la moindre réaction. Le malade quittait l'Hôtel-Dieu quelques jours après l'intervention.

La poche enlevée a été examinée au laboratoire de la clinique, par M. Auguy, externe du service, qui a bien voulu nous remettre la note que voici :

De la face interne à la face externe du kyste, on trouve successivement :

1° Une couche d'épithélium cylindrique.

2° Une couche assez épaisse de tissu conjonctif semé de noyaux et au milieu de laquelle on rencontre ; *a*. la coupe de quelques artérioles ; *b*. des fibres musculaires lisses, les unes sectionnées en travers, les autres longitudinalement.

La structure de cette paroi est presque de tous points analogue à celle des kystes spermatiques intra et extra-vaginaux décrits par Vautrin et son élève Bardot (Th. Nancy, 1897) ; pour qu'elle fût identique l'épithélium qui recouvre la face interne de la paroi devrait être un épithélium cilié. L'attention de M. Auguy n'a pas été attirée sur ce point, et peut-être l'absence de ces cils n'est-elle due qu'à un mode défectueux de conservation de la pièce.

Vautrin et Bardot pensent qu'il existe, non seulement sur l'épididyme, mais encore sur le canal déférent jusqu'à l'orifice du canal inguinal, des vaisseaux aberrants, des cœcums, des diverticules, dont le *vas* de Haller et le *vas du rete* demeurent les types les plus parfaits. Ce sont des restes du corps de Wolff. Il nous semble donc rationnel de rattacher notre gros kyste sus-épididymaire à ces anomalies de développement des voies spermatiques. D'ailleurs, la continuité de la tumeur avec le canal de l'épididyme le prouve, et puis quelle autre théorie pourrions-nous invoquer? Je sais bien qu'on me reprochera le manque d'analyse du liquide du kyste, mais à l'impossible nul n'est tenu ; qu'on m'objectera l'absence des cils vibratiles, mais je répondrai par la structure histologique de la pièce, par la présence des fibres musculaires lisses, et enfin je répète que les cils, c'est une chose connue, ont pu disparaître par suite d'un mauvais mode de conservation.

En tout cas, que mon interprétation pathogénique soit exacte ou fausse, je n'en trouve pas moins intéressant de signaler, à l'attention des chirurgiens, le cas du kyste sus-épididymaire volumineux que je viens de rapporter. Malgré de nombreuses recherches, je n'ai point trouvé d'observation analogue dans la littérature médicale.

Hypertrophie exceptionnellement volumineuse de l'amygdale linguale

Par le Dr Chauveau.

En mai 1895, j'ai eu l'occasion d'observer un cas d'hypertrophie énorme de l'amygdale linguale.

M. X..., 56 ans, faciès immobile, embarras très marqué de la parole. Examen local : amygdale linguale ayant à peu près le volume d'une moitié d'un bel œuf de poule, séparée en deux lobes par un sillon médian très net ; la surface de la tumeur était formée d'une série de crêtes arrondies, comme parallèles. Pas de ganglions, état général satisfaisant. Dyspnée et dysphagie peu notables. Pas de douleur. Dans un hôpital militaire, on avait conclu à un sarcome et prévenu la famille de la situation.

A mon sens, toute idée de tumeur grave devait être écartée en raison de l'évolution, de l'absence de ganglions et de l'état général.

J'ai pensé tout d'abord à la syphilis ; le malade niait tout antécédent et ne présentait que quelques crêtes suspectes du tibia. Sa femme cependant m'avouait avoir eu la syphilis quelques années auparavant. Le traitement d'épreuve ne donna aucun résultat.

Force fut donc de conclure à l'existence d'une tumeur bénigne de l'amygdale linguale, vraisemblablement hypertrophie simple, hypothèse que j'aurais vérifiée en enlevant un fragment de la tumeur. Mais, le malade se refusa à toute ablation, et, à cause des douleurs que lui causaient les larges cautérisations galvaniques, cessa ses visites.

J'ai eu tout récemment l'occasion de le revoir. Son cas me paraissant de plus en plus intéressant, j'ai cru devoir prendre l'observation au complet.

A l'examen buccal, hypertrophie toujours énorme de l'amygdale, moins volumineuse à mon sens qu'il y a trois ans, en tout cas d'aspect très modifié. La surface est à peu près lisse et l'ensemble très décoloré ; toujours pas de ganglions. Toujours peu de symptômes fonctionnels et nutrition normale.

Pas de troubles du côté du cœur, des poumons, des reins, du foie, etc., etc. Mais les troubles nerveux observés autrefois se sont notablement aggravés et nous paraissent mériter une étude particulière.

Parole encore plus traînante et hésitante, marche difficile avec inclinaison manifeste à droite ; certaine difficulté à détacher du sol surtout le pied droit, qui semble traîner comme dans le cours de certaines paraplégies ; le malade tourne facilement et peut se tenir sur une jambe sans osciller. La fermeture des yeux n'accroît pas sensiblement les irrégularités de la marche. Réflexes patellaires notablement exagérés ; donc pas de tabes. Pas d'atrophie musculaire ; donc pas d'altération des cornes antérieures de la moelle. Un peu de contracture au niveau des membres antérieurs, donc irritation probable des cordons antéro-latéraux. Le tremblement des mains fait du reste penser à la sclé-

rose en plaques ; car, il ne s'agit pas de tremblement proprement dit, mais de mouvements choréiformes, les mains se mettant à osciller et l'oscillation s'accentuant à mesure que le mouvement à accomplir approche de sa fin. A l'état de repos, les mains restent immobiles. Les cordons postérieurs de la moelle et la substance grise ne sont pas altérés ; car il n'existe pas le moindre trouble de la sensibilité thermique, tactile ou à la douleur. La langue présente des tremblements fibrillaires ainsi que les lèvres. La parole simule en apparence ce qu'on voit dans la paralysie générale ; mais bien qu'il prononce difficilement certaines lettres, notamment les R, le malade ne fait grâce d'aucune d'elles et n'en avale pas. D'ailleurs, il semble avoir conservé sa mémoire, se souvient des noms propres, répond assez bien, comprend tout ce qu'on lui dit et est capable de faire des calculs assez compliqués. Il y a paresse et non abolition des fonctions intellectuelles. Pas de troubles morbides du côté des organes des sens, pas de paralysie, ni de contracture du côté des nerfs moteurs de l'encéphale, ce qui s'accorde peu avec l'idée d'une syphilis cérébrale, ainsi que la plupart des symptômes énoncés plus haut. Une gomme cérébrale coïncidant avec une gomme médullaire constitue un fait tout à fait exceptionnel. D'ailleurs, ces troubles médullaires seraient beaucoup plus diffus, frapperaient la sensibilité, comme la motilité, et le plus souvent sont unilatéraux, etc. En somme, nous avons probablement affaire à une sclérose en plaques ; mais doit-on attribuer à cette affection les troubles cérébraux observés? On sait que lorsqu'elle atteint les circonvolutions, elle peut déterminer des perturbations graves de l'intelligence, de la motilité, etc. Mais ici, il y a plutôt apathie que suppression des fonctions, il n'y a pas de nystagmus, phénomène à peu près constant dans la sclérose en plaques à manifestations cérébrales, pas d'attaques apoplectiformes. Rapprochant cette paresse intellectuelle de ce qu'on observe parfois dans certaines hypertrophies amygdaliennes, nous serions portés à faire jouer à cette hypertrophie énorme de l'amygdale linguale un rôle dans sa production.

J'ai enlevé un fragment de l'amygdale qui a été examiné par le Dr Auguy, lequel nous a remis la note suivante, concluant à une hypertrophie simple de l'amygdale :

1° Muqueuse pas très altérée ; l'épithélium a conservé son aspect normal, sauf que les vaisseaux semblent s'en approcher davantage que d'ordinaire ; mais la limite dans le derme reste très nette. Derme un peu épaissi, surtout en certains points, mais sans rien de bien particulier en somme. Certaines glandes sont dilatées et leur contenu cellulaire est trouble ; mais ces lésions cellulaires sont limitées en certains points.

2° Le tissu lymphoïde sous-dermique est caractéristique. Les réactifs démontrent l'existence d'un fin réseau contenant les cellules disposées d'une façon typique. Les vaisseaux ont une paroi propre et ne sont pas constitués comme dans le sarcome par des espaces lacunaires. Ces vaisseaux sont dilatés comme dans la congestion chronique. Pas de nodules tuberculeux ni de syphilitiques ; on doit donc rejeter également l'idée et de la tuberculose et de la syphilis. Le glycogène ne semble pas abondant, comme dans les tumeurs malignes en voie de marche rapide. En certains points, traces d'une prolifération cellulaire active avec tendance à la transformation fibreuse comme s'il y avait un point d'irritation locale. Coloration à l'éosine, hématoxyline, picrocarmin ; coupes dans la paraffine après durcissement dans l'alcool absolu et séjour dans le xylol ; coupes au microtome mécanique de Weigert.

On a déjà signalé des cas de volumineuse hypertrophie de l'amydale linguale.

Schœde en a vu de grosses comme une lentille, une noisette. Ayné et Balme signalent, sans donner de mensuration, des hypertrophies qu'ils disent considérables. Villecourt rapporte un cas du volume d'un haricot. Moure, l'un d'une noix, un autre de trois lobes dont le médian est gros comme une petite noisette et les deux latéraux plus volumineux.

Notre observation nous a paru intéressante à cause de l'énorme volume de l'hypertrophie, qui avait fait porter à un de nos confrères le diagnostic de sarcome et des phénomènes nerveux concomitants.

En ce qui nous concerne, nous avons simplement hésité au début, entre l'hypertrophie simple et la syphilis, bien que le volume, l'évolution, nous aient *à priori* éloignés de cette dernière idée.

La gomme syphilitique de l'amygdale linguale peut en effet simuler l'hypertrophie simple. Ces gommes n'ont été jusqu'ici signalées qu'en petit nombre. On nous permettra de joindre à ce propos la petite note suivante qui en est un bel exemple.

Novembre 1889. X..., 47 ans, hypertrophie notable de l'amydable linguale et surtout volumineuse au niveau du lobe droit, creusée d'une sorte de cratère du diamètre d'une pièce de 20 centimes, a bords taillés à pic, profond de plusieurs millimetres et contenant un détritus grisâtre.

Le malade nie la syphilis. Mais à l'examen général syphilides tertiaires jambonnées au niveau de l'arcade sourcilière gauche. Traitement d'épreuve et disparition des accidents.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie clinique et opératoire, sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet. Tome VI. J. B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1898.

Ce volume pourrait constituer la partie ingrate à traiter de la chirurgie. Cependant si les sujets ne paraissent pas brillants à traiter, il ne s'ensuit pas que la chirurgie en telle circonstance ne puisse rendre de

grands services. Ce sont de petites opérations, mais d'utiles opérations, du moins pour une grande partie de celles qui sont indiquées dans ce volume.

Nous trouvons les maladies de la bouche et du pharynx, les maladies des glandes salivaires traitées par M. Morestin qui a su dire tout ce qu'il y avait à dire à ce sujet et ne pouvait, je crois, rien ajouter à tout ce qui a été écrit et récrit sur le même sujet. Et cependant je crains que sa jeunesse ne l'ait entraîné à être un peu trop opérateur dans certains cas et en particulier dans le cancer de la langue, cette déplorable et terrible affection, si rapidement au-dessus des ressources chirurgicales. L'envahissement du plancher de la bouche ne semble pas pour lui une barrière infranchissable et une contre-indication formelle. Hélas! pourtant que peu de fois nous avons vu un bénéfice quelconque retiré de telles interventions venir compenser les difficultés opératoires vaincues et les dangers immédiats inévitablement courus par le malade.

M. Gangolphe (Michel) écrit avec sa clarté coutumière un très profitable chapitre sur les maladies de l'œsophage. Très bref, très résumé sur les variétés pathologiques qui sont les vices de conformation, l'œsophagisme, la paralysie, les ruptures spontanées, les varices, etc., de l'œsophage, il garde toute son attention pour la véritable chirurgie de l'œsophage, les corps étrangers et les rétrécissements. Nous trouvons là œuvre de véritable chirurgien et l'étude de l'œsophagotomie, telle qu'on doit la comprendre actuellement, nous a semblé un des meilleurs chapitres de ce volume.

Que dirai-je des maladies du larynx et de la trachée par Lubet Barbon. Je ne suis pas laryngologiste et M. Lubet Barbon a cherché à ne pas faire œuvre de spécialiste, mais à ne donner que les quelques rares parties de sa spécialité qui ont trait à la chirurgie. Aussi est-ce peu chirurgical et n'est-ce pas laryngologique. On semble assis entre deux... chapitres à faire.

M. Lyot décrit les maladies du corps thyroïde, c'est dire qu'il ne commence son article que par le dernier paragraphe, le seul existant dans le sujet qu'il avait à traiter, je veux parler des tumeurs du corps thyroïde. Elles sont traitées et très complètement en 70 pages, et très habilement écrites, très chirurgicalement pensées.

Les maladies du cou de M. Arrou sont très clairement exposées, très classiquement traitées. Nous y retrouvons la paraphrase de tout ce qui a été mis en lumière par les classiques et en particulier par l'article du *Traité de Chirurgie* dernièrement réédité.

Le dernier chapitre, et non le plus facile à faire, est de M. Souligoux. Il est intitulé : Affections chirurgicales de la poitrine, — je laisse de côté les fractures et luxations des côtes et du sternum, les traumatismes du thorax, les plaies de poitrine, — qui sont très clairement exposées, — mais je redoutais ce dernier paragraphe intitulé : Chirurgie pulmonaire. C'est l'empiètement dangereux et engageant de la chirurgie dans la médecine. C'est l'emballement de la jeunesse ou parfois la nécessité de la réclame, qui entraîne à tenter des interventions sans espoir pour le malade, et logiquement condamnables. La chirurgie pulmonaire ne paraît pas encore avoir rendu de services. Les morts qui sont résultées de ces tentatives fâcheuses n'ont été compensées par aucun résultat irréfutable, et jusqu'au jour où le poumon pourra être considéré comme un organe non essentiel à la vie, il sera défendu de l'amputer ou même de le réséquer s'il est envahi par une infection généralisée. Notez bien, il en est de même du cœur et du cerveau que les physiologistes n'ont pas encore pu nous apprendre à remplacer par autre chose.

En somme, excellent volume ne déparant nullement ses cinq prédécesseurs, et compliments aux directeurs qui savent faire avancer leurs collaborateurs en colonne serrée et en temps voulu. F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Sur l'état actuel du diagnostic bactériologique de la diphtérie par C. Frænkel (*Ung. med. Presse*). — On ne conteste plus aujourd'hui la valeur décisive de l'examen bactériologique dans le diagnostic de la diphtérie. Dernièrement Vierordt d'Heildeberg a publié un travail qui s'appuie sur ses observations personnelles et qui veut démontrer qu'un médecin instruit peut, en général, porter un diagnostic exact d'après les caractères cliniques, mais qu'à côté de ces cas il en est de nombreux dans lesquels l'examen bactériologique montre des bacilles de Lœffler, par exemple dans une angine folliculeuse typique ou inversement des streptocoques dans des fausses membranes étendues du pharynx et de la gorge. Le contrôle bactériologique est donc nécessaire au médecin pour le diagnostic, le pronostic, le traitement et aussi pour la prophylaxie qui ne peut se passer du secours de la bactériologie.

Dans ces circonstances, la pratique de l'examen bactériologique a une grande importance dans les cas suspects, ce qui a fait perfectionner les méthodes de la part des bactériologistes. Malheureusement la difficulté ou même l'impossibilité de distinguer le véritable bacille de Lœffler des congénères de la même famille crée souvent une grande incertitude.

Tous les moyens recommandés pour séparer ces deux groupes peuvent échouer dans la pratique. Il en est ainsi des caractères de culture et de morphologie et même des différences des propriétés pathogènes dans les expériences. On peut faire jusqu'à un certain point une exception pour la formation acide dans le bouillon de peptone ordinaire.

Neisser de Breslau a recommandé une méthode de diagnostic différentiel qui s'appuie sur ce fait que les bacilles diphtériques et leurs congénères montrent de bonne heure dans leur intérieur les corpuscules sporo-

gènes ou métachromatiques décrits par Babes, Ernst et d'autres. Neisser a trouvé que lorsqu'on cultive les bacilles vrais et faux dans le sérum sanguin de Lœffler de 30° à 35° et qu'on le soumet pendant 10 à 22 heures au procédé de coloration de Ernst (1 à 3 heures, bleu de méthylène acétique, 5 à 6 heures solution simple de bleu de méthylène), les vrais bâtonnets seuls présentent les granulations qui font défaut dans les bacilles non diphtériques. Frankel a confirmé l'exactitude de la méthode dans les points essentiels, et se croit autorisé à affirmer qu'un micro-organisme qui ne présente pas ces granulations colorées n'est certainement pas un bacille diphtérique. Parmi ces pseudo-cultures, Frankel en a rencontré une qui donne cette double coloration, mais qui, par tous les autres caractères, appartient aux faux bacilles; trois autres cultures qui ont également donné un résultat positif ne possèdent aucune virulence pour les cobayes, mais comme ils produisent activement une réaction acide, ce sont peut-être de vrais bacilles diphtériques mais dépourvus de virulence. Malgré toutes les difficultés, il n'en reste pas moins acquis que l'on peut différencier les vrais bacilles diphtériques par l'existence ou l'absence de la coloration des granulations. La différence dans la propriété tinctorielle du corps de la cellule entre les vrais et les faux bacilles diphtériques est constante. C'est là un caractère qui doit nous prémunir contre l'idée d'identifier des microorganismes très voisines, car il est probable que nos moyens d'analyse en bactériologie sont encore très grossiers et incomplets. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 avril. — Présidence de M. Wolf.

Le sucre et la graisse au point de vue de leur valeur nutritive respective, chez le sujet constamment tenu au repos. Cette valeur est la même que chez le sujet qui travaille. M. A. Chauveau.

Conclusions. — Lorsque le sucre et la graisse sont introduits dans la ration d'un sujet tenu au repos, ces deux aliments se comportent, au point de vue nutritif, comme chez le sujet qui travaille.

Leur valeur nutritive respective n'a aucun rapport avec leur valeur énergétique. C'est plutôt l'aptitude de ces deux substances à se transformer en glycogène qui règle leur valeur 1 pour le sucre et la valeur 1 52 pour la graisse.

Toutefois la proportion 1.52 de sucre se montre presque toujours un peu supérieure à la proportion 1 de graisse, dans les rations alimentaires de l'animal au repos.

Cette supériorité du sucre semble être plus évidente quand la ration est assez forte pour imprimer à l'animal un croît très sensible. Mais il serait prématuré de se prononcer dès maintenant sur ce sujet d'une manière ferme.

Cette note clôt la série des études que je poursuis depuis plus de deux ans sur la valeur nutritive des deux aliments simples sucre et graisse. Le but visé par ces études a été atteint. Je voulais savoir si la valeur nutritive du sucre et de la graisse a pour mesure leur valeur énergétique, c'est-à-dire leur chaleur de combustion, et j'ai appris qu'il n'en est rien. En faisant ainsi échec, en l'une de ses parties importantes, à la théorie des poids et des substitutions isodynamiques, les résultats que j'ai obtenus écartent la principale objection opposée à mes déterminations sur la source de l'énergie dépensée par le muscle en action. L'attribution exclusive, ou à peu près exclusive, de cette destination au glycogène musculaire rencontrera, peut-être, d'autres objections. Je m'emploierai moi-même à en faire surgir, au cours des nouvelles expériences par lesquelles je me propose de contrôler mes propositions fondamentales sur l'énergétique musculaire.

Sur les fonctions de l'hypophyse cérébrale. M. E. de Cyon. — Mes recherches sur les corps thyroïdes, en établissant leur rôle d'organes destinés à protéger le cerveau contre les dangers des subits afflux de sang (1), m'avaient forcément amené à étudier les fonctions de l'hypophyse cérébrales : « Parmi les appareils qui permettent au cerveau « d'invoquer l'intervention protectrice des thyroïdes, l'hy- « pophyse doit occuper la première place. »

Des expériences exécutées dans cet ordre d'idées ont pleinement confirmé mes prévisions et m'ont permis de déterminer d'une manière précise plusieurs fonctions de l'hypophyse.

Ces expériences consistaient en injections intra-veineuses des extraits aqueux de l'hypophyse, préalablement séchée et pulvérisée; en excitations électriques ou mécaniques de cet organe; enfin en son extirpation. Ces opérations, accompagnées de l'observation de la pression sanguine, ainsi que du fonctionnement des nerfs du cœur, avaient donné des résultats parfaitement concordants, dont voici un bref résumé.

I. Enfermée dans une cavité à paroi rigides, située elle-même dans l'endroit le plus abrité de la boîte cranienne, se trouvant par l'*infundibulum* en communication avec le troisième ventricule du cerveau, abondamment dotée de vaisseaux sanguins et, en outre, entourée par de puissants sinus veineux, l'hypophyse est particulièrement apte à être impressionnée par les fluctuations de pression soit du liquide cérébro-spinal, soit du sang. En effet, toute pression, même légère, exercée sur l'hypophyse, se manifeste immédiatement par une brusque variation de la pression sanguine et par un ralentissement notable des battements du cœur, dont la force est en même temps considérablement augmentée. L'excitation électrique de l'hypophyse, même par des courants excessivement faibles, produit exactement les mêmes phénomènes que la pression mécanique, mais d'une manière bien plus intense.

A l'occasion de ces expériences, j'ai pu constater que le ralentissement des pulsations que provoque toute augmentation des résistances dans les voies circulatoires, et qu'on attribuait jusqu'à présent à une excitation *directe* des terminaisons de nerfs pneumogastriques dans la moelle allongée, n'est dû en réalité qu'à une excitation *réflexe* de ces terminaisons, qui a son origine dans l'hypophyse : c'est l'excitation de cette dernière qui, par l'augmentation de la pression, amène le ralentissement des battements du cœur. En effet, il suffit d'extirper l'hypophyse pour que l'occlusion de l'aorte abdominale ne puisse plus provoquer du ralentissement des pulsations.

(1) *Comptes rendus*, 13 septembre 1889.

La destination physiologique de cette faculté de l'hypophyse, de répondre à toute pression par une excitation des pneumogastriques et par une modification de la tension des petits vaisseaux, est facile à établir à l'aide de mes recherches antérieures sur les corps tyroïdes. Ces recherches ont, en effet, démontré que, sous l'influence de l'excitation des pneumogastriques, la vitesse de la circulation veineuse dans les thyroïdes peut s'accroître jusqu'au quadruple de la vitesse normale. Toute pression sur l'hypophyse fait par conséquent entrer en jeu les mécanismes par lesquels les corps thyroïdes débarrassent le cerveau d'un dangereux afflux de sang. L'hypophyse dirige ces mécanismes, un peu comme les appareils électriques d'une gare déclenchent le système des blocs sur les lignes des chemins de fer.

II. En dehors de ce rôle purement *mécanique*, l'hypophyse joue encore un rôle *chimique*.

Comme la glande thyroïde, elle produit une substance destinée à faciliter la tâche de son mécanisme automatique. En effet, les extraits de l'hypophyse injectés dans les veines d'un animal produisent, sur le cœur et sur la pression sanguine, des effets identiques à ceux que provoquent les excitations électriques ou mécaniques de cet organe. L'iodothyrine est, comme je l'ai démontré antérieurement, l'agent chimique principal des corps thyroïdes. La substance active de l'hypophyse est une combinaison organique de phosphore, que je propose de désigner sous le nom de *hypophysine* ou *phosphoro-hypophysine*. Sur les pneumogastriques, cette substance exerce une action analogue à celle de l'iodothyrine. Sur le système vasomoteur, son action diffère de celle de l'iodothyrine, autant que l'exige d'ailleurs la différence entre la position anatomique de l'hypophyse à l'intérieur de la boîte cranienne et celle des thyroïdes à l'*entrée* et en *dehors* du crâne.

Les résultats de mes recherches sur l'hypophyse, que je viens de résumer, permettent d'expliquer la manière dont cet organe peut suppléer à l'absence des corps thyroïdes, ou à leur mise hors d'état de fonctionner régulièrement. D'une part, l'action de l'hypophysine sur les nerfs du cœur remplace celle de l'iodothyrine ; tandis que, de l'autre, l'action directe de l'hypophyse sur les pneumogastriques et sur le système sympathique provoque encore des modifications assez notables dans la circulation sanguine pour pouvoir, à défaut de thyroïdes, protéger le cerveau contre les dangers des subits afflux de sang. L'hypertrophie de l'hypophyse, constante chez certains animaux, par exemple chez les lapins, après l'extirpation des thyroïdes, indique clairement le surcroît de travail que cette opération lui impose.

Production de godets faviques par l'inoculation à l'homme et la souris d'un Tricophyton pyogène. – MM. Sabrazès et Brengues. L'inoculation sur l'épiderme de l'homme d'un champignon morphologiquement tricophytique, extrait d'un sycosis parasitaire profond de la barbe, observé dans le service de M. le professeur Lannelongue, a déterminé l'apparition d'une plaque suppurative, parsemée de *godets* jaune soufre de petites dimensions, ayant les caractères objectifs et *microscopiques* des godets faviques. Les rétrocultures ont fourni le champignon inoculé qui paraît se confondre avec le Tricophyton pyogène du cheval, bien connu depuis les travaux de M. Sabourand.

Ce même champignon, inoculé à deux souris, a produit des godets faviques, ainsi que le démontrent l'*aspect objectif*, l'*étude microcopique* et les *rétrocultures*.

Ces godets sont moins envahissants que ceux qui résultent de l'inoculation des champignons du favus humain et du favus du chien. Chez l'homme, ils sont rapidement masqués par le processus suppuratif inhérent à la vie du parasite dans l'épiderme et dans le follicule pileux ; chez l'animal, ils se détachent à la longue, laissant à nu des exulcérations suintantes et dépilées des téguments et n'entraînent pas la mort.

Ces constatations prouvent, à notre avis, qu'il faut, entre les Tricophytons et les Achorions, faire tomber les barrières trop absolues que la plupart des travaux antérieurs avaient édifiées. Du reste, l'étude morphologique et biologique de plusieurs champignons faviques d'origine animale (poule, chien, chat, souris), poursuivie depuis plusieurs années, en collaboration avec M. Costantin, par M. Sabrazès, aboutit à cette même conclusion.

Ces faits viennent encore à l'appui de l'opinion que l'un de nous a contribué à fonder, à savoir : la pluralité des champignons susceptibles de végéter, sous la forme de godets de spore mycélienne et d'une malignité variable, dans l'épaisseur du revêtement cutané de l'homme et de la souris.

Nous dirons, en terminant, que c'est la première fois qu'un champignon réputé tricophytique est reconnu pathogène pour la souris.

Les parasites du cancer et du sarcome (coloration, structure, cycles de reproduction, dimorphisme évolutif). — M. F.-J. Bosc. Dans une précédente note, nous avons étudié la morphologie et la répartition, dans le cancer et le sarcome, de parasites constants dont nous avons décrit cinq types principaux.

Ces éléments présentent des *réactions colorantes*, une *structure* et des *modes de reproduction*, qui constituent autant de preuves nouvelles et de plus en plus importantes de leur nature parasitaire.

1° *Coloration.* — Déjà, dans un simple examen microscopique direct, sans coloration, de matière cancéreuse fraîche, on peut distinguer les parasites des éléments cellulaires. Mais la coloration convenable des produits cancéreux *frais* donne des élections extrêmement remarquables, qui mettent les parasites en relief et permettent de les étudier *tels qu'ils sont en réalité, en dehors de toute altération.*

L'examen de coupes histologiques colorées n'est pas, à lui seul, une base suffisamment sûre ; mais, s'il vient s'ajouter à l'examen des tissus frais, cette étude comparative permet d'avoir les renseignements les plus précis sur la forme, les rapports, la structure et le développement des parasites. Les colorations par le picro-carmin, l'hématéine, la safranine, l'hématéine-fuchsine acide orange, le biondi, l'erlich dilué, la safranine-induline, la fuchsine acide bleu de Roux, etc., montrent que chaque partie du parasite présente des réactions propres et que toutes les formes parasitaires se différencient, avec une netteté indiscutable, des tissus environnants.

2° *Structure.* — Les principales formes parasitaires sont les formes microbiennes, les granulations, les formes cellulaires et les formes enkystées ; les trois premières sont toujours entourées d'une zone hyaline.

3° *Cycles de reproduction.* — En étudiant les formes parasitaires d'une même tumeur, on arrive à reconstituer tous les stades intermédiaires d'une évolution qui aboutit à des phénomènes de reproduction.

4° *Dimorphisme évolutif.* — En étudiant les formes parasitaires d'une tumeur déterminée, nous fûmes surpris de

trouver des formes impossibles à classer dans une même série. Ce n'est que par l'étude comparée de toutes les formes trouvées dans de nombreux écrasements et des séries de coupes que nous arrivâmes à nous convaincre qu'*un même parasite peut présenter plusieurs cycles évolutifs*. Nous trouvâmes, par exemple, dans une tumeur, toutes les formes intermédiaires qui aboutissent les unes à la morula, les autres au kyste.

Dans la plupart des *cancers*, ce dimorphisme évolutif est la règle et l'on peut trouver deux, trois et même quatre cycles évolutifs différents dans un seul carcinome ; dans les *sarcomes*, ce dimorphisme est très réduit et l'on ne constate ordinairement que le stade asporulé à micromérozoïtes et la division directe, ou même uniquement un processus de division directe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de candidatures de MM. les Drs Gilis, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, Lalesque (d'Arcachon), Ferras (de Luchon), qui se portent candidats au titre de correspondant national dans la 1re division ; 2° une lettre de M. le Dr Th. Jonnesco (de Bucharest), qui se porte candidat au titre d'associé étranger ; 3° une lettre de M. le professeur Gradenigo (de Padoue), qui proteste contre l'affirmation récente de M. Galezowski disant qu'il s'est occupé le premier de la thermométrie oculaire ; dès avant 1867, M. Gradenigo a fait construire un ophtalmothermomètre qui depuis cette époque est employé dans les principales cliniques italiennes.

La lèpre en l'Algérie. — M. J. Bergeron lit un rapport sur une demande d'avis de M. le ministre de l'Intérieur sur l'opportunité d'inscrire la lèpre en Algérie sur la liste des maladies transmissibles dont la déclaration à l'autorité est obligatoire. M. Bergeron propose de répondre par l'affirmative.

M. Hallopeau demande que la même mesure soit appliquée en France. L'an dernier pendant le premier trimestre il a vu à l'hôpital Saint-Louis vingt malades atteints de la lèpre. Cette maladie devient donc en France même un véritable danger.

Eaux minérales. — M. Proust lit au nom de M. Albert Robin, empêché, sur diverses demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Vacances. — M. le Président déclare une vacance dans la classe des associés libres, en remplacement de M. Mesnet, décédé le 13 janvier.

Sérums et extraits organiques. — M. Nocard fait un rapport sur des demandes adressées au ministre de l'Intérieur en vue d'obtenir l'autorisation de débiter, à titre gratuit ou onéreux, divers produits thérapeutiques, sérums ou extraits organiques. Ce rapport conclut à accorder l'autorisation à MM. Jacquet, Catillon, Chevrier, Vicario et Pourtalès.

Utilité de l'examen des enfants des nourrices pour la prophylaxie des maladies contagieuses. — M. le Dr Duvernet. La loi de protection des enfants du 1er âge est appliquée conformément à un règlement d'administration publique du 27 février 1877. Très prévoyant à certains égards, ce règlement est insuffisant en ce qui concerne les maladies contagieuses et notamment la syphilis. L'objet de cette note est de signaler une lacune, qui consiste à ne pas exiger l'examen de l'enfant de la nourrice, lorsque celle-ci demande l'autorisation administrative d'élever un nourrisson.

Nous nous proposons d'exposer sommairement les dispositions réglementaires relatives à notre sujet, les inconvénients qui en résultent et les moyens d'y remédier.

Règlement de 1877. — Les dispositions réglementaires, destinées à garantir les nourrissons contre les maladies contagieuses, sont les suivantes :

Examen de la future nourrice par un médecin appelé à lui délivrer un certificat, attestant qu'elle n'a ni infirmité, ni maladie contagieuse ; qu'elle est vaccinée. (Article 29).

Deuxième examen, fait à la Préfecture de Police, en vertu d'une ordonnance du 1er février 1878 (Art. 6).

Le médecin chargé de cette contre-visite contrôle le certificat délivré en premier lieu et est responsable de la décision prise relativement à l'autorisation d'élevage.

Comme on le voit, l'enfant de la nourrice échappe à l'observation médicale. De plus, les antécédents morbides des femmes examinées à la Préfecture sont inconnus (1) et la seule information sur leur enfant, mise à la portée du médecin, est son âge, fourni par l'état civil.

Inconvénients. — Dans ces conditions, on conçoit d'avance les inconvénients qui se produisent : d'une part, les enfants peuvent être une source de contagion chez les nourrices et dans les bureaux de placement ; de l'autre, des nourrices, saines en apparence, sont autorisées, lorsqu'en réalité elles sont syphilitiques.

Examinons rapidement ces deux points.

Les nourrices sont de deux catégories, selon qu'elles se destinent à élever le nourrisson *à domicile*, c'est-à-dire chez elles, ou *sur lieu*, c'est-à-dire chez les parents.

1° Relativement aux nourrices à domicile, on peut émettre cette proposition, qui ne paraît guère souffrir d'exceptions : c'est que toute femme dont l'enfant est atteint d'une maladie contagieuse est impropre à l'élevage d'un nourrisson réputé sain. La cohabitation, des soins communs à deux enfants, dont l'un a une maladie transmissible, créent les conditions les plus favorables à la contagion de l'un à l'autre. Il paraît superflu d'insister à cet égard. Mettre à demeure un nourrisson près d'un enfant syphilitique constitue un danger contre lequel il est urgent de se prémunir ; contre lequel cependant, l'administration compétente reste désarmée (2). Il serait regrettable que celle-ci ne donnât pas, quand cela est possible, les garanties de sécurité les plus essentielles et que les familles intéressées attendent, à juste titre, de son intervention.

Les enfants des nourrices sur lieu ne sont pas moins dangereux : A peu près tous sont amenés à Paris et ils ont libre accès dans les bureaux de placement, où ils transpor-

(1) Sauf dans les cas exceptionnels où la nourrice se représente après avoir été reconnue syphilitique à une précédente visite, circonstance relatée au dossier.

(2) De ce que les nourrissons à domicile sont surveillés, il ne faudrait pas conclure qu'ils sont protégés contre l'enfant de la nourrice. Il s'écoule un certain temps entre leur placement effectif et la visite du médecin inspecteur ; cet enfant peut d'ailleurs être soustrait à l'inspection : ni règlement, ni instructions ne le concernent ; en fait il est souvent absent, etc.

tent les maladies dont ils peuvent être atteints. Là, ils sont allaités, ordinairement, chacun par plusieurs femmes, comme les circonstances l'exigent, et propagent presque fatalement la syphilis, dont les manifestations, souvent peu apparentes, ne sont pas suspectées.

II° A un autre point de vue, l'examen de l'enfant est un corollaire indispensable de celui de la mère. On sait, en effet que celle-ci peut avoir un enfant hérédo-syphilitique et ne présenter aucun signe morbide ; soit que cette femme, justiciable de la loi de Colles, ait une syphilis *latente*, soit qu'elle se trouve dans une période d'accalmie syphilitique avec absence de tout symptôme.

Aussi qu'arrive-t-il? C'est que le médecin de la Préfecture, après avoir autorisé une nourrice, saine en apparence, apprend que l'enfant de cette femme est atteint de syphilis congénitale. Des faits de ce genre lui sont révélés, de temps à autre, par des plaintes, d'ailleurs imméritées ; par des avis confraternels; par les soins de l'administration ; ou même, par la présence inopinée de l'enfant à la contre-visite. Il ne peut que les déplorer et réclamer l'examen des enfants, comme mesure préventive.

Objections. — L'opportunité de cette mesure est-elle passible d'objections, médicales ou administratives ?

On peut alléguer que l'hérédité syphilitique fait souvent défaut; que les manifestations chez l'enfant ne coïncideront pas avec l'examen; que l'hérédo-syphilis, étant parfois dénuée de symptômes spéciaux, caractéristiques, le diagnostic reste indécis. Ces objections, que l'on pourrait multiplier, se résument à dire que l'examen sera ou inutile ou d'un résultat incertain. Mais ce dilemme a sa contre-partie : l'hérédité en question, non constante, il est vrai, s'exerce cependant, et assez communément pour qu'on en tienne compte ; cette opinion n'est pas en contradiction avec l'enseignement officiel sur le sujet (1) ; au moment de l'examen des nourrices, l'âge des enfants est, en général, assez avancé pour que la syphilis ait eu le temps d'apparaître chez eux ; enfin, même dans les cas douteux, le médecin pourra intervenir utilement, d'une façon préventive, en refusant ou ajournant la remise du certificat réglementaire.

L'administration, de son côté, n'ignore pas l'importance de la syphilis infantile : elle exige déjà, pour les nourrissons placés hors Paris, un certificat médical, destiné en partie à restreindre le nombre des syphilitiques expédiés en province. Une mesure analogue, concernant les enfants des nourrices, serait relativement facile à appliquer.

On admettra bien, d'ailleurs, que ces enfants n'ont pas le privilège spécial d'être exonéré de la syphilis. Or, nous croyons savoir, par des renseignements antérieurs, que 2 sur 100, environ, des nourrissons surveillés dans le département de la Seine, sont des hérédo-syphilitiques avérés (2) ; en supposant donc que cette proportion fut beaucoup moindre chez les enfants de la population nourricière, elle serait encore suffisante pour motiver une mesure administrative contre le danger qu'ils présentent.

Mesures proposées. — Comme mesure préventive, il serait indispensable que le certificat médical, délivré à la nourrice, attestât que son enfant paraît lui-même exempt de maladie contagieuse.

(1) *L'hérédité syphilitique.* Leçons cliniques. Fournier. 1891.

(2) C'est la proportion relevée pendant sept ans de notre inspection des enfants en nourrice à Paris et qui résulte aussi des indications demandées à nos collègues du département de la Seine, à la même époque de 1878 à 1886.

Les nourrices qui viennent à Paris sans leur enfant n'auraient qu'à produire à la Préfecture, comme actuellement, le certificat ainsi complété, délivré dans leur pays d'origine.

Celles qui viennent accompagnées de leur enfant pourraient avoir la facilité de le faire examiner, soit au pays d'origine, soit à Paris, où la présence est habituelle pour les nourrices sur lieu.

L'entrée, ou tout au moins le séjour de plus de 24 heures dans les bureaux de nourrices, seraient interdits aux enfants dont l'absence de maladie contagieuse ne serait pas médicalement attestée.

Pour déterminer les pouvoirs publics à modifier le règlement ou à suppléer autrement à la lacune signalée comme préjudiciable à la santé publique, il serait utile que l'Académie de médecine voulût bien émettre un avis, sans lequel ceux-ci ne sauraient se considérer comme suffisamment éclairés.

Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus. — M. Tuffier lit un travail dans lequel il veut démontrer que toutes les formes de ptoses tiennent à une faiblesse congénitale des tissus. Le traitement local ne suffit donc pas ; il faut également soigner l'état général.

Traitement médical de l'épilepsie. — M. Maurice de Fleury. Opposant au traitement chirurgical récemment préconisé le traitement hygiénique et médical du mal comitial, le Dr de Fleury propose deux ordres de moyens : les uns visant l'hygiène de l'appareil digestif (régime alimentaire, lavage de l'intestin, lavage de l'estomac), les autres ayant trait à l'hygiène de l'appareil circulatoire (médicaments cardiaques, injections salines, etc). Les injections de sérum accroissent dans de fortes proportions les effets du bromure auquel on doit les associer : elles ont en outre l'avantage d'être diurétiques, de relever la pression artérielle, de maintenir l'intégrité des fonctions intellectuelles, d'améliorer l'état mental. Dans les cas graves, le Dr de Fleury propose le lavage du sang (saignée et transfusion de sérum combinées. Basé sur cette idée que bien des cas de mal comitial sont dus à des troubles digestifs suivis d'auto-intoxication, ce traitement donne des résultats nettement supérieurs au traitement simple par le bromure.

A 4 heures l'académie se forme un comité secret pour entendre le rapport de M. Empis sur les candidats dans la classe des associés nationaux. La liste de présentation comprend en première ligne M. le professeur Grasset de Montpellier, en deuxième ligne M. le professeur Pitres, de Bordeaux, en troisième ligne M. Gibert, du Havre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Des alcalins dans le traitement des dyspepsies. — M. Mathieu. Je ne pense pas que l'usage prolongé des alcalins cause l'hyperchlorhydrie. Tout au plus peut-on affirmer que l'usage continu des alcalins ne modifie pas le chimisme stomacal chez les hyperchlorhydriques. Mais, dans tous les cas, le bicarbonate de soude fait cesser presque immédiatement la douleur. De même l'absorption des eaux minérales, que M. Hayem a si malmenées, n'exerce aucune action nocive sur le chimisme stomacal. Du reste,

ce chimisme n'est pas tout dans le fonctionnement de l'estomac : la sensibilité et la motricité ont également leur importance.

Valeur séméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques. — MM. A. Chauffard et J. Castaigne. Nous pensons que l'élimination intermittente du bleu de méthylène, après injection sous cutanée, est un excellent signe révélateur de l'insuffisance de la cellule hépatique. Nous sommes arrivés à cette combinaison après avoir étudié la source d'élimination du bleu chez les sujets indemnes de toute lésion rénale et hépatique, chez des brightiques, et enfin chez des hépatiques avérés.

Chez 6 sujets sains la courbe a été 5 fois nettement continue cyclique et une fois légèrement continue polycyclique, mais jamais elle n'a été intermittente.

Chez 6 brightiques, il y a toujours eu retard dans l'apparition du bleu dans les urines et surtout prolongation anormale de l'élimination. Quant à la courbe elle fut 2 fois continue cyclique, 2 fois continue polycyclique, 2 fois intermittente. Mais un de ces cas d'intermittence concernait un malade dont la cellule hépatique nettement insuffisante (glycosurie alimentaire, hypoazoturie, urobilinurie). Chez d'autres brightiques, dont l'élimination fut intermittente, on négligea de rechercher les syndrômes révélateurs d'une lésion hépatique, mais quelques jours plus tard, on recommença l'épreuve, et l'élimination fut continue.

Chez 10 hépatiques, au contraire, la courbe d'élimination du bleu fut toujours intermittente, comme dans les cas observés et publiés par MM. Chauffart et Cavarre.

Ces intermittences ne sont pas dues, comme l'ont supposé *a priori* MM. Linossier et Barjon, à l'alcalinité de l'urine, car nous avons trouvé la même réaction dans les urines bleues et dans celles dont la coloration était nulle.

La conclusion logique de ces faits est que l'élimination intermittente du bleu de méthylène est un signe d'insuffisance hépatique, auquel on peut demander la confirmation des autres syndrômes révélateurs de cette insuffisance ; peut-être même a-t-il une valeur supérieure à ces autres signes.

D'autre part, cette nouvelle méthode d'exploration de la cellule hépatique est précieuse en ce sens qu'elle nous apporte des notions toutes nouvelles au point de vue de la pathologie générale, et des modes d'élimination urinaire chez les hépatiques : elle met en évidence ce fait que, chez les malades dont la cellule hépatique est viciée dans sa structure ou son fonctionnement, l'élimination du bleu est modifiée dans sa forme et dans son rythme ; et, comme d'après les recherches de MM. Guyon et Albarran, confirmées par les analyses d'urine, faites par MM. Achard et Castaigne, comparativement chez des cardiaques et des brightiques, et par une analyse très complète dans un de nos cas d'intermittence, il semble que l'on soit en droit de conclure du rytme de l'élimination du bleu à celui des autres matières dissoutes dans l'urine. Ce nouveau signe d'insuffisance hépatique montre donc bien que, lorsque le foie est lésé, la dépuration urinaire se fait par alternatives en plus et en moins, ce qui n'est que l'expression clinique de l'influence bien connue en pathologie des lésions hépatiques sur le filtre rénal.

M. Troisier. L'an dernier j'ai constaté un cas dans lequel l'élimination du bleu présenta cette intermittence signalée par M. Chauffard : c'était en effet chez un malade atteint d'affection hépatique.

M. Rendu. L'action du bleu est-elle absolument inoffensive sur l'organisme ? chez un diabétique j'ai vu survenir de l'anurie et des accidents cérébraux graves après l'administration de 8 centigrammes de bleu par voie buccale.

M. Debove. Il existe de grandes différences dans les divers échantillons du bleu du commerce, peut-être quelques-uns sont-ils toxiques.

M. Chauffard. Je n'ai jamais constaté aucun accident imputable à l'usage du bleu de méthylène.

De la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite au cours de la tuberculose pulmonaire. — M. Beclère. On rencontre assez fréquemment chez les phtisiques des placards de tuberculose verruqueuse siégeant au niveau de la face dorsale du pouce de la main droite. Cette localisation est bien due, ainsi que le disait Vidal, à l'habitude qu'ont les malades d'essuyer leurs moustaches avec le dos de leur main droite. En effet, chez un gaucher j'ai vu le tubercule siéger sur le pouce droit, et de plus cette localisation est exceptionnelle chez la femme.

Cet accident semble être assez fréquent, puisque j'ai pu observer en même temps dans mes salles trois malades porteurs de tubercules verruqueux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 avril 1898. — Présidence de M. Aug. Voisin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Voisin, à propos du procès-verbal, fait observer que les deux dames dont les maris étaient presque frigides, avaient leur hymen intact, mais refoulé comme un doigt de gant. Elles n'étaient pas enceintes, comme on avait pu le croire un moment, mais atteintes chacune d'un kyste ovarique, et c'est en les opérant que l'on constata les particularités qui viennent d'être mentionnées.

Correspondance imprimée. — 1° Journaux et revues ordinaires : 2° lettre de l'administration du « Bulletin de la Presse » annonçant à la Société qu'elle fera régulièrement le service du journal ; 3° compte-rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ; 4° M. Censier fait hommage à la Société d'un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Cœur, vaisseaux*, couronné par l'Académie de médecine (Prix Capuron 1897).

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. le Dr Roubinovitch remerciant la Société de l'avoir élu Membre titulaire.

Mort de M. Martin-Dürr. — M. le Président. Mes chers collègues, j'ai le pénible devoir de vous annoncer la mort de M. Martin-Dürr, Secrétaire Général de notre Société, survenue depuis notre dernière séance, à un moment où les membres du Bureau étaient absents de Paris, et avec une soudaineté qui a empêché les autres membres de la Société d'être informés de cet évènement malheureux.

La maladie et la mort n'ont pas épargné ce sympathique collègue, au seuil de la vie, et ne lui ont pas permis de jouir de son travail et de la peine qu'il a eue à travers de nombreuses difficultés, à conquérir ses grades et sa position à la Faculté de Médecine.

Il est né en Alsace, en 1863. Son père a été tué pendant la guerre de 1870 ; sa mère étant restée sans ressources, il fut recueilli par l'Association des Alsaciens-Lorrains et

placé sous ses auspices au Collège de Dieppe, comme interne boursier. Lorsqu'il y entra, il ne parlait que le patois alsacien. Ses débuts furent pénibles, mais il avait de l'ambition, de la vivacité intellectuelle, le goût du travail ; aussi au bout de six mois, il fut le premier de sa classe et il ne cessa de l'être jusqu'à la fin de ses études secondaires. En 1881, il conquit ses deux baccalauréats ès-lettres et ès-sciences, et il vint étudier à Paris la médecine. Ses études médicales furent brillantes bien que contrariées mainte et mainte fois par les prodrômes de la terrible maladie à laquelle il a fini par succomber. Il a été nommé docteur en 1893 après une thèse sur les *secousses trachéales dans l'anévrisme de l'aorte*, plus tard chef de clinique de M. le Prof. Potain, et préparateur d'histologie auprès de M. Mathias Duval. Il a été chargé deux fois par l'Assistance publique (Ministère de l'Intérieur) des mesures prophylactiques à prendre contre l'épidémie cholérique, à Maubeuge, à Brest.

Quant à nous, nous avons pu apprécier l'activité qu'il apportait au service et aux intérêts de notre Société et nous pouvons dire qu'il eût compté parmi ses meilleurs secrétaires généraux.

Mais le mal qui l'avait souvent arrêté pendant ses études était là ; on le voyait, essoufflé, anhélé ; sa parole était entrecoupée. Il dit à l'un de nous, quelques jours avant notre dernière séance, qu'il avait une pleurésie purulente et qu'il allait entrer à la Pitié pour s'y faire opérer. Il y est mort le 5 avril au soir.

M. Buret vous dira la noble et généreuse conduite des internes de la Pitié et du corps des anciens internes ; aussi je vous propose de leur adresser une lettre de remerciements et, en outre, de vous associer aux dépenses des obsèques de notre regretté collègue.

M. Buret, secrétaire général intérimaire, donne à la Société des détails concernant la maladie, les derniers moments et les obsèques de notre malheureux confrère.

M. Martin-Dürr est venu le trouver le vendredi 1er avril pour le prier de le remplacer pendant quelque temps dans ses fonctions : il lui annonça que, étant atteint d'une pleurésie purulente, il devait entrer le lundi suivant 4 avril à l'hôpital de la Pitié pour s'y faire pratiquer la costotomie. M. Buret, atteint de grippe à ce moment-là, dut s'aliter de nouveau le mardi suivant et resta quinze jours dans l'impossibilité de sortir. Le mercredi soir, 6 avril, il recevait par la poste, un avis de La Pitié l'informant que M. Martin-Dürr était décédé *la veille* à 3 heures du soir et devait être inhumé le vendredi suivant à midi. Aucun autre détail. M. Buret fit aussitôt porter une lettre explicative au domicile de M. Aug. Voisin. Mais notre Président, qui était souffrant lui-même et à Bandol, dans le département du Var, ne put que répondre par dépêche, le lendemain soir : « Faites pour le mieux. » M. Jullien, vice-président, était à Tunis, près d'un de ses beaux-fils malade : il était 6 heures du soir et l'enterrement devait avoir lieu le lendemain matin. M. Buret, qui ne pouvait malheureusement pas quitter son lit, écrivit à tout hasard à l'un des secrétaires annuels, M. Sibut, à l'Infirmerie de Saint-Lazare. La lettre arriva bien à 9 heures du matin, alors que M. Sibut était dans son service, mais Saint-Lazare est encore une administration : la lettre qui portait la mention : *urgent*, ne fut remise à M. Sibut qu'à midi 1/4, au moment où il sortait. Heureusement que M. H. Morau, qui appartient à la Faculté comme préparateur au Laboratoire d'histologie pratique, put être prévenu par un autre canal et représenta la Société de médecine de Paris.

Aussitôt rétabli et dès qu'il put sortir, M. Buret commença une enquête sur le douloureux événement et voici les renseignements qu'il recueillit, tant à la salle de garde des internes de La Pitié qu'au Laboratoire d'histologie et de la part de M. Réville, professeur au Collège de France, ancien correspondant de Martin-Dürr au Collège de Dieppe. Martin-Dürr offrait depuis deux ans les signes évidents d'une tuberculose pulmonaire avec crachats bacillaires (examinés par M. le Dr Benoit). Il avait dû subir, il y a quelques années, l'amputation de l'index de la main droite et du métacarpien correspondant : le professeur Bœckel, de Strasbourg, fit le premier, paraît-il, le diagnostic d'ostéite tuberculeuse.

M. H. Morau explique, à ce propos, que cette affection du doigt, effectivement tuberculeuse, fut consécutive à une piqûre anatomique, et que tel fut le point de départ de la tuberculose de Martin-Dürr, chez qui cette maladie n'était pas héréditaire : nous devons donc saluer en lui une victime du devoir professionnel. Il est mort dans l'exercice de ses fonctions et de par ces mêmes fonctions.

M. Buret, continuant son rapport, explique à la Société que Martin-Dürr, affaibli par sa maladie, épuisé surtout par des vomiques intermittentes, réclamait depuis deux ans l'opération de l'empyème, malgré les conseils de M. Potain et de M. Tuffier, qui ne pouvait se décider à pratiquer cette opération. Enfin, devant une volonté bien arrêtée, M. Tuffier céda, mais à contre-cœur. L'opération, pratiquée le lundi 4 avril, réussit en tant qu'opération ; rien ne faisait prévoir un dénouement aussi brusque. Le lendemain, vers 3 heures, Martin-Dürr venait de donner quelques instructions à son concierge qui était venu le voir, lorsqu'il se sentit très mal ; il suffoquait. Les internes, appelés en toute hâte, défirent le pansement et examinèrent la plaie, qui ne présentait rien d'anormal, tandis qu'on faisait respirer de l'oxygène au malade et qu'on injectait la caféine et l'éther. Tout fut inutile ; en quelques minutes, notre malheureux confrère expirait, succombant sans doute à une embolie. L'autopsie n'a pas été faite.

Maintenant, Messieurs, continue M. Buret, il me reste à vous donner des détails particulièrement pénibles concernant les obsèques de notre pauvre Secrétaire-Général. Aussitôt le décès constaté, les internes de la Pitié, dont nous ne saurions trop louer la conduite dans ces tristes circonstances, se mirent en rapport avec le Directeur de l'hôpital pour régler les détails de l'ensevelissement et du convoi. Ce fonctionnaire les éconduisit d'une façon plus qu'inconvenante. Partant de ce fait que Martin-Dürr avait, en entrant à l'hôpital, déposé une somme de 500 francs entre les mains de l'économe et habitait avenue de l'Alma, il prétendit qu'il était riche et qu'il n'y avait rien à faire pour lui. Or, Messieurs, ces 500 francs constituaient toute sa fortune présente et à venir, et je vous prouverai tout à l'heure par des chiffres qu'ils n'auraient pas suffi pour le faire enterrer. La députation des internes à l'Assistance publique, devancée par le même Directeur de la Pitié, se heurta à une fin de non-recevoir catégorique. Il me semble que l'Administration se fût honorée elle-même et aurait eu, à peu de frais, le beau rôle en cette circonstance, en envoyant une pauvre couronne. Le bien des pauvres est sacré et inaliénable, c'est entendu, si ce n'est à l'usage des pauvres, toutefois ; et, puisqu'on le fait sonner si haut, je ne puis m'em-

pêcher de faire des rapprochements. Les journaux, parlant il y a quelques années des gaspillages de l'Assistance publique, ont signalé ce fait que le Directeur de ladite Administration n'avait pas craint de faire figurer aux dépenses, sur ce même budget des pauvres, pour 675 francs de cartes de visites personnelles, ce qui fait, en les mettant à 2 fr. 50 le cent, gravées, 27 000 cartes.

M. Picqué interrompt pour faire observer que le chiffre est inexact : la somme dépensée fut de 1.200 francs.

M. Buret. Alors, cela fait 50.000 cartes : avec de pareilles relations, on peut se présenter à la députation. Les internes résolurent donc de tout organiser par eux-mêmes et d'assumer la responsabilité des frais, ne voulant pas qu'un centime fut distrait des 500 francs déposés par Martin-Dürr : l'Administration fut bien forcée de verser cette somme à la mère de notre collègue, laquelle est dans une situation plus que modeste. Or, il a été dépensé très exactement 726 fr. 55. La Société des Anciens Internes, bien que Martin-Dürr eût donné sa démission, a versé 200 francs ; la Société Anatomique 100 francs ; la collecte des salles de gardes des internes en médecine a produit 360 francs; le Laboratoire d'histologie a donné 30 francs. Bref, il manque actuellement, pour régler tous les frais, une somme de 136 francs, que je vous proposerai de voter et de remettre aux internes de la Pitié.

La somme demandée est votée à l'unanimité : les fonds sont remis immédiatement par le trésorier à M. Buret, qui doit se charger de les faire parvenir aux internes de la Pitié.

M. Buret donne ensuite lecture de la lettre vibrante d'indignation que les internes ont communiquée à la presse au sujet de l'attitude de l'Assistance publique et du refus du directeur de la Pitié de donner une paire de draps et une taie d'oreiller sous le pitoyable prétexte que ces objets n'auraient pu tenir dans le cercueil. Or, ils y furent mis par les soins des internes qui les ont achetés et payés. Le directeur de la Pitié, furieux de cette protestation et s'armant d'une lettre de M. Réville, professeur au Collège de France, qui avait cru devoir le remercier, pensant tout naturellement qu'il était l'organisateur des obsèques, a fait passer dans les hôpitaux une circulaire dans laquelle la conduite des internes est traitée d'idiote. Les injures devant être mesurées à la hauteur de ceux qui les profèrent, les internes ont eu la seule attitude qui fût digne d'eux : ils gardèrent un silence méprisant. M. Buret propose alors un ordre du jour dans lequel la Société remercierait les internes et flétrirait la conduite odieuse du fonctionnaire malappris.

M. Picqué, appuyant les idées de son confrère quant aux félicitations à adresser aux internes, est d'avis que le blâme doit s'adresser à l'Assistance publique, seule responsable, un directeur d'hôpital étant, en l'espèce une quantité négligeable. Il propose un ordre du jour complémentaire, émettant le vœu que les internes et externes soient soignés de droit dans les hôpitaux de leur choix. Il rédige alors un texte où les deux ordres du jour proposés sont fondus.

M. Jullien pense qu'il serait bon d'effacer l'abandon dont notre confrère a été victime par suite d'un malheureux concours de circonstances et se demande s'il y aurait pas lieu d'acheter pour Martin-Dürr une concession à perpétuité. Il est vrai qu'une concession de 5 ans a été déjà achetée et que la Société a tout le temps pour examiner cette question.

M. Tissier pense que le Conseil municipal ne refuserait pas une concession à perpétuité, pour y déposer les dépouilles des anciens internes des hôpitaux morts pauvres.

M. Bouloumié est d'avis que l'on fasse la démarche près du Conseil municipal, quitte, en cas de refus, à faire nous même cet achat.

M. Picqué propose la nomination d'une Commission à ce sujet.

M. Millée veut élargir le vœu précédent en étendant cette mesure aux anciens internes des hôpitaux.

M. le Président donne lecture de l'ordre du jour définitif déposé par MM. Picqué et Buret.

M. Bouloumié est d'avis qu'il faut ajouter les mots : «...protestent contre les errements habituels de l'Assistance Publique et en particulier dans les circonstances actuelles », pour bien marquer que l'attitude prise à l'égard de notre confrère Martin-Dürr n'est point une exception.

La Société, consultée, adopte la modification et l'ordre du jour de MM. Picqué et Buret, ainsi amendé, est voté à l'unanimité :

« La Société de Médecine de Paris, émue des incidents qui ont accompagné la mort de son regretté Secrétaire Général, M. Martin-Dürr, à l'hôpital de la Pitié, proteste contre les errements habituels de l'Administration publique et en particulier son attitude dans la circonstance actuelle. Elle félicite hautement et remercie les Internes en général, anciens et nouveaux, et tout spécialement ceux de la Pitié, pour le noble exemple de solidarité confraternelle qu'ils viennent de donner.

« Elle émet en outre le vœu qu'à l'avenir les Internes et Externes des Hôpitaux, anciens et en exercice, puissent être soignés aux frais de l'Administration dans tous les hôpitaux de Paris. »

Il est décidé que cet ordre du jour sera, avec note explicative, imprimé par les soins du Secrétaire Général et communiqué : 1° à l'Assistance Publique ; 2° à la Faculté de Médecine et au Laboratoire d'histologie ; 3° à la Salle de garde des Internes en médecine de la Pitié et à celles des autres hôpitaux; 4° aux principaux journaux médicaux et politiques.

M. Bouloumié, relativement à la concession à demander au Conseil municipal, dépose l'ordre du jour suivant :

« La Société de Médecine de Paris émet le vœu que le Conseil municipal de Paris réserve, dans un de ses cimetières, une concession perpétuelle pour les anciens Internes et Externes des Hôpitaux morts sans ressources, ainsi que pour tous les médecins ou étudiants en médecine morts victimes de leur devoir professionnel ou sans ressources, et charge une délégation de cinq membres de se mettre en relation avec le Bureau du Conseil municipal pour en poursuivre la réalisation. »

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité par la Société qui nomme une délégation composée de MM. A. Voisin, Buret, Bouloumié, H. Morau et Picqué.

M. Aug. Voisin. — **Hémiplégie droite. Troubles de la parole et de la mémoire causés par une balle située dans l'hémisphère gauche. Radiographie de la balle. — Présentation du malade. Exposé du procédé de recherches intracrâniennes de M. Contremoulin** (*sera publié*).

M. Roulin est élu membre titulaire à l'unanimité des membres présents.

Le Secrétaire annuel, Dr Mouzon.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 mars 1898.

Érythrodermie prémycosique. — MM. Balzer et Mercier présentent un homme âgé d'une quarantaine d'années, atteint depuis 5 ans de poussées congestives vers la face et les extrémités. A l'entrée du malade à l'hôpital, sa face était rouge avec un œdème très accentué des paupières et des joues, avec des placards rouges et de nombreuses taches purpuriques. Mêmes altérations à la face dorsale des mains. Si l'on découvre le malade, on voit que la peau est rosée, plissée et singulièrement mobile sur les parties sous-jacentes, au-devant du cou et de la poitrine ; mêmes altération à la nuque, sur les épaules et dans le dos jusqu'à la ceinture. Ganglions hypertrophiés au cou, dans les aisselles et les aines. La maladie procède par poussées pendant lesquelles le malade ressent une vive cuisson et des démangeaisons. Sur les parties latérales du cou, on voit des saillies rosées, d'apparence ortiée, mais permanentes.

Onychogriphose hypertrophique. — MM. Balzer et Mercier présentent un malade âgé de 63 ans, conducteur de bestiaux, dont les ongles des deux mains sont très épaissis à partir de leur partie moyenne jusqu'à leur extrémité. Ces ongles sont extrêmement durs, noirâtres sur leur coupe qui est lisse et nullement fendillée. Ils sont resserrés sur les côtés et très bombés sur la ligne médiane ; au-dessous d'eux il semble que la peau soit attirée et comme pincée entre les bords latéraux de l'ongle. L'affection a débuté il y a 6 ans et s'est développée sans aucune douleur.

Les ongles des pieds sont très légèrement atteints. On ne peut invoquer d'autre pathogénie qu'un trouble dystrophique survenu chez un individu qui a eu du rhumatisme.

Traitement du lupus par le calomel. — MM. Emery et Milian présentent trois petites malades atteintes de lupus de la face et traitées par les injections de calomel depuis quatre mois (1 injection de 0,05 par semaine). Ainsi que le montrent les photographies faites avant le traitement et l'examen actuel des malades, ce traitement a été absolument inefficace et il est impossible de constater la moindre amélioration.

Syphilides végétantes hypertrophiques de la face. — MM. Emery et Glantenay. Les lésions syphilitiques présentant cette physionomie sont loin d'être rares surtout dans les régions périvulvaires, périanales et axillaires où la lésion syphilitique initiale est souillée par le contact plus ou moins permanent de sécrétions irritantes, pouvant déterminer une irritation inflammatoire banale, de nature proliférante, surajoutée à la lésion spécifique initiale, mais leur localisation à la face a été rarement signalée. Il est vrai que, dans le cas actuel, l'un des éléments spécifiques, par son siège au niveau de l'orifice des narines et par sa coexistence avec un coryza chronique peut être considéré comme justiciable d'une pathogénie analogue.

Polyarthrite blennorrhagique de la main, radiographie. — MM. Emery et Glantenay. Dans cette maladie, la radiographie montre que ce n'est pas le système osseux, mais simplement le tissu cellulaire et fibreux périarticulaire qui est affecté.

Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis. — M. Sauvineau. En dehors de la chorio-rétinite et de la rétinite épithéliale pigmentaire, on rencontre fréquemment, chez les hérédo-syphilitiques, des lésions de la papille optique, et des altérations pigmentaires. Certains auteurs, comme M. Antonelli (de Naples), considèrent toutes ces diverses lésions comme des stigmates caractéristiques de l'hérédo-syphilis. Or, les modifications pigmentaires, considérées d'ailleurs jusqu'ici comme de simples anomalies, se rencontrent fréquemment chez des sujets non syphilitiques, et doivent tout au plus être considérées comme un simple stigmate de dégénérescence.

Mais il en est tout autrement des lésions du nerf optique. Celles-ci (traces plus ou moins marquées, mais toujours manifestes, de névrite optique) ne se rencontrent pas chez les sujets sains, et sont au contraire si communes chez les hérédo-syphilitiques, qu'il est rationnel de les rattacher directement à la syphilis héréditaire, soit que l'infection syphilitique ait déterminé chez ces sujets une névrite périphérique, soit qu'elle ait touché les nerfs optiques par l'intermédiaire d'une méningite basilaire.

Tuberculides aigues. — M. Gastou. Le malade, âgé de 8 ans, est atteint de lupus tuberculeux de la face. La mère présente la même lésion.

Sur 5 enfants, un est mort de méningite, l'aîné a des adénites cervicales.

Il y a un an, le malade fit une poussée fébrile qui dura huit jours environ ; la température oscilla entre 38 à 39°, il eut de la bronchite diffuse, de la diarrhée, de la céphalalgie et brusquement, après une poussée éruptive qui existe encore actuellement, tout rentra dans l'ordre.

L'éruption est caractérisée par des taches rouge brun, légèrement papuleuses et squameuses par places, avec des ombilications croûteuses en d'autres points. Elles siègent sur le thorax, principalement sur le sternum, les aisselles et la gouttière vertébrale.

Histologiquement elle est formée d'un tissu inflammatoire contenant diverses variétés de cellules conjonctives et des cellules géantes très abondantes sans bacilles.

C'est une véritable granulie de la peau.

Amputations congénitales avec absence de plusieurs os du pied. — Syndactylie chez un enfant né d'un père syphilitique. — M. Gastou. Le père de cet enfant a eu la syphilis il y a sept ans, s'est traité pendant trois ans et s'est marié cinq ans après son chancre.

La mère n'a jamais rien eu de spécifique ; l'enfant de même.

Il s'agit donc d'un nouveau fait propre à montrer l'influence dystrophique des maladies infectieuses des parents et surtout de la syphilis sur les enfants. Dr Barbe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(1er et IIe arrondissements)

Séance du 15 mars 1898. — Présidence de M. Moutier.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance : La correspondance comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Gallard et Gueudot, nouvellement élus ;

2° Une lettre de candidature de M. Deléage, demeurant

4, rue du Pré-aux-Clercs, présenté par MM. Picqué et Sébillotte (rapporteur M. Kuhff).

M. Sébillotte rappelle qu'au Conseil général des Sociétés d'arrondissement le Dr Laporte a adressé ses remerciements pour le concours qui lui avait été prêté par les Sociétés médicales. M. Sébillotte demande que, dans un but de bonne confraternité et pour resserrer davantage les liens qui nous unissent, les Sociétaires malades avertissent le Président ou le Secrétaire général, ce qui permettra de rendre visite au malade.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Gallard, qui assiste pour la première fois à nos séances, et adresse les félicitations de la Société à MM. Richard, Carpentier et Geoffrion, qui ont reçu dernièrement des distinctions honorifiques.

MM. Chassevant et Carpentier font leurs rapports sur la candidature de MM. Michel et Boudin.

Après avoir entendu ces rapports la Société procède au vote.

MM. Michel et Boudin sont élus à l'unanimité membres de la Société médicale du Louvre.

Après quelques observations d'ordre général (nécessité du vote) faites par MM. Chassevant et Carpentier, on vote sur la demande d'honorariat de M. Colson.

M. Colson est nommé membre honoraire de la Société.

M. Picqué offre à la Société un ouvrage publié en collaboration avec M. le Dr O. Macé (*Contribution à l'Etude anatomo-pathologique et clinique de l'Appendicite*).

Après avoir rappelé les auteurs qui, les premiers, ont étudié l'anatomie pathologique de l'Appendicite : Quénu et Carel qui, dès 1892, signalent l'ulcération de l'épithélium, suivie de l'éclatement du follicule clos, qui se vide de son contenu, Pilliet et Costes (1895) qui, par de nombreux examens, complètent ces données anatomo-pathologiques, Letulle et Weinberg (1897), Siredey et Roy, Chailbout, Legueu (1897), M. Picqué, s'appuyant sur l'examen microscopique, pratiqué méthodiquement dans les nombreux cas qu'il a opérés, rapporte la pathologie de l'appendicite à la *Nécrose des Follicules clos*, et dans de nombreuses figures nous fait assister à cette nécrose, depuis l'ulcération primitive de l'épithélium suivie de l'abcès miliaire, jusqu'à l'évidement du follicule, sa fonte, sa disparition complète.

La deuxième partie de ce travail, non moins intéressante que la première, est consacrée à certains points de clinique et de thérapeutique ; on y notera en particulier une étude sur le diagnostic si difficile de la tuberculose appendiculo-cœcale et de l'appendicite.

M. L. Dubrisay présente des pièces et épreuves radiographiques provenant d'un enfant monstrueux atteint de proencéphalie et de syndactylie — anus imperforé.

Les épreuves radiographiques montrent nettement le rapport des différentes pièces osseuses qui terminent les membres.

M. Dubrisay croit pouvoir attribuer ces anomalies à la syphilis dont la mère avait été atteinte.

L'imperforation anale est opérée avec plein succès, mais l enfant meurt le sixième jour.

Discussion. — M. Tourreil. M. Dubrisay attribue ces malformations à la syphilis, cependant est-il certain de la syphilis ?

M. L. Dubrisay n'est pas absolument affirmatif; cependant l'éruption cutanée, les boutons aux parties génitales, avoués par la mère, lors d'une première grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant mort et macéré, tout semble pouvoir permettre d'affirmer la syphilis.

M. Bruchet, sans nier cette maladie, se demande si l'on ne pourrait ici incriminer une autre cause; relativement au grand nombre d'enfants entachés de syphilis héréditaire, combien sont rares les malformations comme celles qu'on nous présente ! On les rapporte bien plus souvent (Travaux de Bourneville) à d'autres tares comme l'alcoolisme ; or ici le père de l'enfant est alcoolique et M. Bruchet ne peut s'empêcher de croire à cette influence. D'ailleurs, tout est irrégulier dans cette question de l'hérédo-syphilis.

M. Moutier peut citer un cas très net où la syphilis seule peut être incriminée, et qui montre bien cette irrégularité dont parle M. Bruchet. Après trois avortements, le mari et la femme sont soumis au traitement pendant trois ans ; ils ont un enfant vivant et actuellement bien portant ; et à une cinquième grossesse, l'enfant présenta une imperforation de la verge et une fistule vésicale sous-ombilicale.

M. Süss. Quelle est la fréquence des imperforations anales et quelle est la marche à suivre ?

M. Picqué. Deux cas peuvent se présenter : *a.* ou bien le gros intestin manque, alors il faut faire immédiatement l'anus iliaque ; *b.* ou bien l'intestin existe, mais l'anus n'est pas perforé ; à la place de l'anus il y a une dépression et quand l'enfant pousse ou crie on sent une poussée transmise au doigt explorateur ; dans ce cas on peut simplement rétablir l'anus qui manque.

M. Dubrisay. Même dans le premier cas, n'est-on pas en droit de tenter quand même l'anus périnéal pour éviter les désagréments de l'anus iliaque ?

M. Picqué. On peut toujours essayer, mais si l'on rencontre de grandes difficultés, si l'opération doit amener de graves délabrements, il faut se résoudre immédiatement à l'anus iliaque ; plus tard on verra à rétablir le cours naturel par un anus périnéal; mais un nouveau-né ne peut subir de grandes opérations et les délabrements qu'elles nécessitent.

M. Sébillotte présente des moulages et photographies de monstruosités fœtales ;

1° Celle d'un monstre célosomien du genre pleurosome ;

2° Celle d'un monstre atteint de proencéphalie et de syndactylie.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire annuel : Dr Henri Beausse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Psychoses post-opératoires. — M. Barette. Une malade atteinte d'épithélioma du col, à laquelle je fis une hystérectomie vaginale, fut atteinte, dix jours après, de délire hystérique, qui disparut au bout d'une dizaine de jours.

Mêmes phénomènes chez une malade après l'ablation d'un gros polype du col. Ce délire persista, et la malade dut être internée.

M. Tuffier. La définition de la psychose est à peu près impossible, et très complexe. Elle peut être le résultat direct de l'opération; peut-être est-ce l'état pré-opératoire, l'opération elle-même, le traitement post-opératoire. Aussi jusque-là je ne pense pas que l'on puisse conclure. Je n'ai vu qu'un cas immédiat, c'est une attaque d'hystérie chez

un enfant que j'ai opéré d'une cure radicale de hernie. J'en vis un autre chez un homme à la suite d'une double castration — ce délire dura sept jours.

Chez une femme je provoquai du délire à la suite d'une trépanation mastoïdienne ; il dura 30 jours. On allait la conduire à Sainte Anne quand le délire cessa subitement. La mère de la malade était aliénée. J'avais introduit un tampon de gaze iodoformée dans la mastoïde. Est-ce à cet iodoforme qu'il faut attribuer le délire?

Enfin une malade était folle avant, avait des douleurs du côté de l'appareil utéro-ovarien; je refusai de l'opérer d'abord. Puis je lui fis une castration tubo-ovarienne et utérine. Elle resta pendant quelque temps très sensée, mais au bout de quelque temps les symptômes reparurent et elle dut être enfermée.

M. Poirier. Après hystérectomie dans deux cas et après salpingectomie dans un cas, j'ai observé des délires, mais il s'agissait de nerveuses. J'ai eu deux malades qui se sont suicidées 3 jours après l'opération, l'une par pendaison, l'autre par submersion.

M. Bouilly. Il faut distinguer les malades hystériques et les véritables aliénées. Je n'insiste pas sur les deux classes dont parlait M. Reynier : les hystériques avec lésions et celles sans lésions. Il ne s'agit pas de troubles psychiques alors, comme les malades atteints d'aliénation. J'ai observé des malades qui ont dû être internées ensuite. Chez deux, il existait des antécédents, et l'opération, une ablation de cancer pour l'une, l'opération d'une périsalpingite pour l'autre, fut l'occasion d'une excerbation, d'un réveil du trouble mental.

Chez une malade atteinte du sarcome de la muqueuse utérine, je fis une hystérectomie qui suscita une mélancolie qui amena la mort deux mois après.

Dans les cas suivants il ne s'agit plus d'utérus mais d'opérations diverses. Une ovarite suppurée, deux mois après sa sortie, fut prise de folie mystique, d'idées délirantes, laquelle guérit au bout de trois mois d'internement. Je ne crois pas qu'il y ait eu d'antécédents de troubles mentaux. Je fis une amputation partielle du col il y a deux ans, puis je fis une dilatation avec deux tiges de laminaire; sous cette simple cause elle fut prise de délire subit, et de folie religieuse ; on l'interna, et elle guérit au bout de six mois, un an. Faut-il accuser de tous ces méfaits la simple tige de laminaire?

Sur plusieurs milliers d'opérations gynécologiques depuis dix ans, je ne trouve que cinq cas avec troubles mentaux ; dans deux il y avait des antécédents.

Faut-il aussi penser à une tare cérébrale pour expliquer certains troubles tel que l'obnubilation des idées, présentant de véritables absences. Ces troubles sont légers et passagers. Et ceci je l'ai vu chez des amputations du col, dans des colpo-périnéorrhaphies. Il semble la forme la plus atténuée des troubles cérébraux pouvant survenir après une intervention même légère.

Je considère comme contre indication opératoire la crainte exagérée présentée par certains malades. Ce serait une nécessité de surseoir à l'acte opératoire. Il en est de même d'une tare cérébrale si une indication évidente n'impose pas l'opération.

Gastrostomie par le procédé valvulaire de Foutan. — M. Ricard. — M. Loyson a été appelé à faire une bouche stomacale chez un malade atteint d'épithélioma de l'œsophage. Le malade eut un résultat parfait.

La ponction simple de la paroi stomacale, l'ourlet et la suture de la muqueuse à la peau, donnaient encore des complications. Poncet chercha alors à fixer d'abord l'estomac derrière la paroi, puis refermait celle-ci, puis ponctionnait ensuite paroi et estomac. Witjel chercha à établir un trajet entre l'orifice cutané et l'orifice stomacal. Même objectif pour Frank, Villard, Hartmann qui cherchent à cheminer à travers la paroi musculaire, de façon encore à former un trajet et peut-être un sphincter, grâce à la boutonnière musculaire.

Tous ces procédés pèchent tous par leur complexité opératoire ; ils sont efficaces mais difficiles à exécuter et un peu longs.

Le procédé valvulaire, tel que celui de Fontan, me paraît beaucoup préférable. Il est né à la suite des expériences de Pénières (de Toulouse). Après hernie de l'estomac, il suturait les bords de la hernie en cône aux lèvres de la paroi. Le retrait de cette hernie se fait aux dépens de la musculo-séreuse, la muqueuse ne suivant pas ce retrait et devenant flottante formait une saillie en sens inverse vers la cavité de l'estomac. Il suffirait de ponctionner cette muqueuse pour avoir une valvule.

Il suffit d'agir immédiatement, opératoirement de même, pour avoir la même valvule. C'est ce que fit Fontan (de Toulon). Après suture du pourtour séreux de la hernie stomacale au pourtour séreux de la paroi, puis rentrée du cône extérieur de façon à faire un cône à sommet profond, en doigt de gant, il ponctionne le sommet ; puis suture les lèvres de la plaie.

Puis à côté est venu le procédé de Forgue (de Montpellier) très simple. Après fixation de l'estomac hernié au dehors, il ponctionne de suite le sommet de l'estomac en cône et laisse une sonde à demeure. La valvule se fait spontanément. M. Forgue a publié 4 observations qui ont donnés le meilleur succès.

Donc rejet du procédé ancien, rejet aussi du procédé compliqué des trajets créés et adoption des procédés valvulaires. L'anatomie pathologique dans deux autopsies, celle de M. Loyson, celle que j'ai pu voir, ont montré la présence non seulement d'une valvule mais encore d'un trajet.

M. Routier. Le procédé le plus simple est le meilleur et je pense qu'il suffit de quatre point de suture pour unir l'estomac à la paroi sans ourler la muqueuse et je n'ai jamais eu d'incontinence. Je réprouve aussi les opérations en deux temps.

M. Lucas Championnière. — Le procédé de Terrier, de Delagenière, c'est le procédé de tout le monde. Il ne faut jamais tourmenter l'orifice et prohiber les bords. Je crois que l'on a donné des couleurs trop sombres à la gastrotomie simple. L'écoulement du suc gastrique n'est pas aussi fréquent qu'on l'a dit et ne doit pas être redouté au point de faire choisir les procédés délicats et difficiles, à trajet ou valvulaires.

M. Schwartz. J'ai complètement abandonné l'opération en deux temps. Dans un cas où j'ai incisé 6 jours après la gastropexie, je n'ai pas retrouvé le fil conducteur ; j'ai incisé au-dessous de la grande courbure et pendant 2 jours injecté les aliments dans l'arrière cavité des épiploons, Il suffit d'un accident semblable et impossible à éviter pour faire rejeter une méthode.

Luxation de la hanche. — **Radiographies.** — Présentation d'épreuves photographiques par M. Schwartz.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la syphilis. — Voici une formule de pastilles prescrites par le Dr Créquy, et qui nous paraît excellente :

Protiodure d'hydargyre....	0 gr. 02	centigr.
Iodate de potasse.....	0 gr. 03	—
Extrait thébaïque.....	0 gr. 005	milligr.
Chlorate de potasse.....	0 gr. 20	centigr.
Borate de soude.....	0 gr. 15	—
Chocolat	3 grammes	

Pour une pastille En donner 3 par jour.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. — Ce concours sera ouvert le vendredi 3 juin 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 2 mai 1898, et sera clos définitivement le lundi 16 du même mois, à trois heures.

— Concours pour deux places de chirurgien. — Ce concours sera ouvert le jeudi 26 mai 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 27 avril, et sera clos définitivement le mardi 10 mai, à trois heures.

Hôpitaux de Paris. — Par arrêtés ministériels en date du 21 mars 1898, M. le docteur Mauriac, ancien médecin de l'hôpital Ricord, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

M. le docteur Boissard est nommé médecin accoucheur à l'hôpital Tenon.

M. le docteur Lepage est nommé médecin accoucheur à l'hôpital de la Pitié.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté ministériel en date du 23 mars 1898, M. le docteur Pactet, médecin en chef de l'asile de Villejuif, M. le docteur Sérieux, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard, M. le docteur Dagonet, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne), M. le docteur Toulouse, médecin en chef à l'asile de Villejuif, sont compris dans la 3e classe du cadre. Ils recevront en conséquence, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 5,000 francs déterminé par le décret du 19 octobre 1894.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 20 avril 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — Zaepffel, médecin principal de deuxième classe de l'armée retive, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Colin, Aubry, Dardignac, Franck et Maria.

Au grade de pharmacien-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Worms, pharmacien-major de première classe de l'armée active retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Labatt de Lambert, Schweisguth, Pottevin, Oriot, Simon, Lantzenberg, Mayet, Mulé, Friteau, Calmels, Pons, Lenormand, Caboche, Payot, Michel (Louis-Isidore-Lucien), Leblanc (Camille-Edmond), Pichat, Lemichez, Lecointre, Tissot, Mouthon, Thoyer, Leconte, Massol, Lepelletier (Auguste-Marie-Brice), Frappier, Sorel, Potel, Mérand, Moraux, Lemeignen, Robert, Cola, Lévis, Terrin, Testevuide, Jusseaume, Peaudecerf, Tharreau, Gourcon, Saussol, Leblanc (Maximilien-Honoré), Lyons, Michel (Joseph Paul), Reure, Lozé, Meurisse, Roche, Decrette, Bordet, Sergent, Thuillié, Batailler, Gerest, Marlier, Lévy, Arrufat, Sassier, Malméjac, Thésée, Hadot, Tellier, Vienne, Lautier, Monbernard, Laurent, Léon, Barillon, Leblanc (Louis), Le Tellier, Décot, Mercier, Ombredamne, Poussin, Valay, Aviérinos, Hauser, Fauvet, Verger et Joulia.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les Drs Sauvage, dont la démission de lieutenant de réserve est acceptée ; Rivron, dont la démission de sous-lieutenant de réserve est acceptée ; Millermann, Jaboulay, Thirrion, Vandermeersch, Pech, Pigeaud, Semiac, Semiac, Robert, Veillon.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les pharmaciens de première classe Fallourd, Turié, Debachy et Bancourt.

— Par décision ministérielle, en date du 13 avril 1898, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1898, savoir.

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault : M. Mercier, médecin-major de première classe, et M. Colomb, médecin aide-major de première classe.

Hôpital thermal de Vichy : MM. Yvert, médecin principal de deuxième classe ; Delamare et Carayon, médecins-majors de première classe ; Duponchel, médecin-major de deuxième classe ; Paris, médecin aide-major de première classe ; Navas, médecin aide-major de deuxième classe ; Guillot, pharmacien-major de deuxième classe.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains : MM. Bachelet, médecin principal de deuxième classe ; Morer et Polin, médecins-majors de première classe ; Beauxis-Lagrave et Mathieu, médecins aides-majors de première classe ; Martonneau, pharmacien-major de deuxième classe.

Hôpital thermal de Barèges : MM. Gorsse, médecin principal de deuxième classe ; Péborde et Cluzant, médecins-majors de première classe ; Voulgre et Labaste, médecins aides-majors de première classe ; Boutineau, pharmacien-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 20 avril 1898, les inspections générales de 1898 du corps de santé militaire auront lieu de la manière suivante :

1er arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé.

IIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Driout, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

IIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Nogier, di-

recteur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

IVe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Ve arrondissement : M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

VIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

VIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, membre du comité technique de santé.

VIIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce.

IXe arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé.

Arrondissement spécial de l'Algérie et de la Tunisie : M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

Arrondissement spécial du service de santé : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé ; Ecole du Val-de-Grâce, Ecole de Lyon, magasin central des hôpitaux, Pharmacie centrale, Docks du service de santé.

Banquet Budin. — Les amis et les élèves du professeur Budin ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa promotion au professorat. La réunion aura lieu le mardi 10 mai, à sept heures et demie précises, à l'Hôtel continental. — Prière instante de faire parvenir les adhésions (prix de la cotisation : 20 francs), avant le 2 mai à l'un des commissaires du banquet, M. le docteur Louis Dubrysay, 6 rue de Marengo, et à M. Octave Doin, éditeur place de l'Odéon, 8.

Monument Grisolle. — Le conseil général du Var a voté une somme de 500 francs pour le monument qui sera élevé à Fréjus en l'honneur du professeur Grisolle, ancien président de l'Académie de médecine. M. Grisolle était né à Fréjus.

Danse du ventre et constipation. — Voici le traitement préconisé contre la constipation chronique chez la femme par le Dr *Pincus* de Dantzig. *Archiv fur Gynäkologie* T. 83, fasc. 3).

Quant au traitement curatif, il devra avoir pour objectif de fortifier le plancher du bassin et les muscles de la paroi abdominale antérieure. Pour atteindre ce but, on aura recours au massage et à des exercices *méthodiques* de gymnastique : des poids, représentés par des sachets remplis de sable ou de petits caillous, seront appliqués sur la paroi abdominale, *la malade* étant placée dans le décubitus dorsal ; *le médecin* appuyera sur la paroi vaginale postérieure, avec les doigts, de façon à refouler en arrière le releveur de l'anus. Pendant ce temps la malade exécutera des contractions forcées avec les muscles de la paroi abdominale antérieure. Au fur et à mesure des séances, on augmentera progressivement les poids appliqués sur le ventre.

M. Pincus affirme que *quand on se donne la peine d'appliquer ces préceptes avec la persévérance et le systématisme voulu*, on réussit *en l'espace d'un ou deux mois* à débarrasser de leur constipation habituelle des femmes qui, depuis dix années et d'avantage, n'allaient plus à la selle qu'après avoir absorbé un purgatif.

Clinique d'accouchement Tarnier (89, rue d'Assas). — M. le professeur P. Budin commencera ses leçons cliniques le samedi 30 avril à 9 heures du matin et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Alfred Fournier reprendra son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 29 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Maladies du cuir chevelu. — M. le Dr Sabouraud, chef du laboratoire de l'école Lailler, à l'hôpital Saint-Louis, a commencé le mardi 19 avril et continuera les mardis suivants, à 10 heures, dans le laboratoire de l'école, une série de leçons théoriques et pratiques sur les maladies du cuir chevelu.

Embryologie. — M. le Dr Dareste commencera les conférences pratiques d'Embryologie normale et tératologique le mardi 3 mai et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine.

Laboratoire de tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (bâtiments du Musée Dupuytren).

Nécrologie. — Le Dr Bertier, d'Aix-les-Bains, décédé à l'âge de 83 ans. — Le Dr Pujol (Etienne), ancien maire d'Argelès-sur-Mer (Pyrénées-Orientales), vient de se suicider, à l'âge de 64 ans, pour mettre fin à des souffrances intolérables. — Le Dr Dromard, de Paris, reçu en 1858.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité médico-chirurgical de gynécologie, par les Drs Labadie-Lagrave, médecin de la Charité, et Félix Legueu, chirurgien des Hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8 de 1.250 pages, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 25 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.

Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale générale, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés. J.-B. Baillière et fils. 2 vol. in-8 de 700 pages. Prix : 14 francs.

Technique ophtalmologique. *Anesthésie, Antisepsie et instruments de chirurgie oculaire*, par le Dr Albert Terson, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie, de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris. J.-B. Baillière et fils. 1 vol. in-16 de 208 pages avec 98 figures, cartonné. — Prix : 4 francs.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*